

小兒自閉症に併發した心身症

小児自閉症に併発する心身症

大分大学 小林隆児
福岡大学 井上登生
村田クリニック 村田豊久

はじめに

過去の自閉症理解が幼児期の行動観察を中心に構築されてきたため、ややもすると自閉症児はマイペースな行動から現実への適応志向性が乏しいかのような印象を与えてきた。しかし、年長になるにつれ彼らは多様な認知障害に基づく生活上のハンディキャップを背負いながらも、過剰適応と思えるほどに現実生活に対して懸命に適応に努めるようになる⁶⁾。しかし、こうした努力が時には報いられず、その結果不適応反応を起こし心身症を引き起こすことが分かってきた¹⁾²⁾⁴⁾⁵⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。

そこで本論では、筆者らが治療的かかわりを持っている自閉症児の中で、最近、心身症を合併した5例についてその発達経過と発症前後の要因を検討し、心身症の発症に関連する要因について論及を試みた。

なお、ここで対象とした心身症は『精神的要因が直接に関与して生じた身体疾患で、自律神経支配領域の器官に障害が現れるもの』とする狭義の概念を用いた。

I 症 例

【症例1】胃痛と嘔吐を盛んに訴えたM君、男性、現在19歳（1969年9月生れ）

家族歴：父の兄弟と母に胃潰瘍の既往がある。

発達歴および現病歴：胎生期は順調で満期出産であったが、微弱陣痛により鉗子分娩。出

産時切迫仮死状態であった。乳児期、音に非常に敏感で睡眠が浅く些細なことでよく目を覚ましていた。視線も合わず、幼児期になっても言葉は全く出現しなかった。3歳、自閉症と診断。IQは90程度あるように言われ、非言語面での非凡さが認められた。

小学校（特殊学級）に入学したが、以後6年間にはあまり目立った成長は見られず、言葉も全く出ない状態が続いた。人への関心も乏しいままだった。しかし、中学（特殊学級）2年の頃から反響言語がほとんどではあったが、親の言葉を少しずつ模倣出来るようになり、次第に相手に注意や関心を向け始めた。すると同じ頃から平仮名を見て盛んに模写するようになった。急激な変化の兆しに周囲のみんなが驚くほどであった。気に入った教師に盛んにまわりついて学習に取り組むようになっていった。人が歌うと歌詞を聞いてすぐに覚えてしまうほどの記憶力も示していた。

養護学校高等部入学後、周囲に精神遅滞でも軽度の子どもたちが多かったため、その集団の中に入っていけず孤立がちになり、情緒不安定になっていった。母親にかんしゃくを向けるようになり、母親もひどく神経質になって、以前罹患した胃潰瘍が再び悪化し、服薬を再開せざるを得ない状況になった。16歳、この頃からM君も嘔吐を盛んに繰り返し始めた。胃の痛みがあるのかおなかに手を当てて苦しそうに訴え、食欲も無くなり体重も減少してきた。そのため当科を受診。不安と緊張

が強く、身体の診察には強いおびえを示して拒否。採血も困難で検査はほとんど不可能であったが、視線はこちらによく向けてきて、相手の話や身振りを懸命に理解しようとする姿勢が感じられた。そこで胃薬と抗不安剤 dizepam 4 mg/日を投与したところ、服薬した途端に嘔吐は消失し、かんしゃくも無くなり、食欲も回復の兆しを示し始めた。身体症状は急速に軽快していった。しかし、未だ慣れない所に来るとひどいおびえを示し、採血も以後3年間以上にわたって不可能なほどに不安緊張を起こしやすい状態が続いている。

〔症例2〕 十二指腸潰瘍を呈したN君、男性、現在23歳（1965年11月生れ）

発達歴および現病歴：一人っ子。父に胃潰瘍の既往あり。周産期異常無く、2歳までは発達も順調。しかし、2歳頃から質問癖が出現。次第に自閉的になっていった。2歳半になると、いらだちとかんしゃくが目立ち始めた。3歳、即時性反響言語や遅延性反響言語を交えた発話が多くなってきた。

6歳、小学校普通学級に入学。集団生活には全くなじめず、2カ月もたたないうちに、養護学校に転校。その頃から自閉症児のための集団療育活動や療育キャンプに参加。少しずつ良い変化が見られ始め、ことばの発達が芽生えて、発話も多くなってきた。しかし、あまり訓練が厳しくなると、階段を何回も上がり下りしたり、何でも手で触らないと気が済まないといった強迫症状が出現してきた。

12歳、中学に入学。この頃から無気力状態が目立ち始め、日常生活習慣も崩れ始めた。手洗いをしなくなったり、字が乱雑になってきた。退行が強まり、誰かに相手をしてもらわないと不機嫌になってきた。いらいらが次第に高じてきて、抑うつ状態や強迫状態を繰り返すようになってきた。抗精神病薬の投与で一時的には安定しても良い状態はなかなか持続しなかった。3年になると頭痛や腹痛な

どの心身症様症状を訴え食欲も低下。不眠も強まり不登校を訴えるまでになった。

16歳、養護学校高等部に入学してからも、うつ症状とともに強迫症状がひどくなった。養護学校卒業後、精薄者更生施設に通所。学校に通っていた時とは異なり、導入もスムーズで一時多弁、軽躁状態を呈した。異性への関心を明らかに示すようになった。

20歳、自閉症の施設入所。入所前から不安が高まり、抑うつ状態を呈し、食欲低下、体重減少、不眠などが出現。自殺念慮をうかがわせるほどにまでなった。入所をためらい、いつも入所を巡って母子間で分離不安が高まっていった。そのため食欲低下、体重減少が著しくなってきた。誰かが相手をしていると好機嫌だが、一人になると常にいらいらして落ち着かない状態で、かんしゃくや強迫症状が再燃してきた。1年間で体重は10kg近くも減少した。

入所後1年4カ月経過した頃、学園には行きたがらず、病院に行って主治医に会いたいと母にせがんだ。全身倦怠感が強いようなので、内科受診を勧めたところ、腸管造影で十二指腸球部に開放性の潰瘍が発見された。早速抗潰瘍剤の内服投与が開始された。しばらく自宅安静にさせると、食欲も出て体重も着実に増加していった。しかし、良くなって施設に再び行くようになると、登園拒否の状態を呈するというのをその後しばらく繰り返すようになった。半年で潰瘍はほとんど治癒したが、現在も精神状態は無気力で受動的、意欲に乏しい状態を呈しやすい。

〔症例3〕 心因性多飲症を呈したY君、現在18歳、男性（1970年10月生まれ）

発達歴および現病歴：胎生期、周産期共に異常無し。1歳まで笑顔は多かったが、泣くことが少なく手がかからない子だった。1歳前に歩き始めてからは元気がよく、落ち着き無く走り回り、よく迷い子になった。CMを口

ずさむようになったが、言葉はなかなか出ず、呼びかけにも振り向かなかった。一人遊びばかりで、水道を使って水遊びに熱中していた。この頃から転居のたびにさまざまな病院に通い始めた。3歳過ぎてから記号やマークを読み書きをするようになった。5歳、自閉症と診断。6歳、小学校普通学級に入学。小学生の時は環境に恵まれ、とても良い変化を示し、適応力も着実に伸びていった。会話も少しずつ出来るようになっていった。

12歳、転居し、その養護学校中学部に入学した。この転校が契機になって不適応が目立ち、退行が顕著になっていった。下校後、家に戻ってもすぐに自転車に乗って外に飛び出したり、かと思うと外に全く出たがらず部屋に閉じこもったり、人と話すのを極度に嫌がるようになった。

15歳、こうした状態で中学卒業後すぐに自閉症の施設に入所した。当初は自傷行為が目立ち、周囲の人に対しておびえがひどく、横にいる人がちょっと手を挙げただけで、びくびくするほどであった。少しは集団の動きに従えるようになってきたが、自由時間になると一人になって何かにふけていた。1年経過してやっと自傷行為も少なくなり、施設の生活にも少しずつ慣れてきたかと思われたが、1年半ほど経過した頃から再び一人勝手な行動が目立つようになり、他児との交わりも避け、独言が多くなっていった。pimozide 1mg/日投与すると症状は改善したが、投与を中断すると再び悪化した。2年経過した時、父が単身赴任。母も仕事をもっているため母だけ地元に残った。家庭の事情でY君だけ週末に帰宅出来ず、帰宅する他児を見てつらそうにしている。昼間は誰かが相手をしていると機嫌良く、ある程度落ち着いているが、夜になると不眠、不穏で自分の頬を強打する自傷行為がひどくなった。

入所後2年半ほど経過した頃から(17歳11カ月)、入園当時より紅茶やコーヒーなどを

沢山飲む傾向はあったが、水分摂取が一際ひどくなり、頻尿が目立ってきた。尿量も増え1日8~11lにも達するまでになった。次第に元気も無くなり、表情も暗くなってきた。大学病院小児科で尿崩症の疑いにより精査を勧められ入院。その結果、腎機能、心機能、内分泌機能、電解質、頭部CTスキャンなどすべて正常で、安静に保ち飲水量をコントロールすると尿の濃縮は認められ、尿崩症は否定的で心因性多飲症と診断された。退院後は施設で経過を見ながら行動療法的な接近を試み始めているが、未だ十分な改善には至っていない。

〔症例4〕多発性チックと円形脱毛を呈したH君、男児、現在15歳(1973年4月生まれ)

発達歴および現病歴：周産期障害も無く1歳までは今から振り返ってみても普通だった。ただ身体模倣を促してもものってほかなかった。2歳半、興味関心の偏りが目立ち始め、トランプ、ブロック積木、国旗のカードなどを順序よく並べて楽しむようになっていった。

3歳、外国の名前がH君の最初に発した言葉だった。その後もさまざまな本を見てはほとんど言葉を覚えていった。3歳8カ月、自閉症と診断。4歳、幼稚園に入園。最初は多動でマイペースだったが、次第に良い変化を示しはじめ、落ち着きも出てきて、母にも甘えを示すようになった。偏食も改善。母との間で言葉を学習し、反響言語が徐々に減少していった。見立て遊びが出来るまでになってきた。しかし、母からの分離が困難で、運動会では母から離れて遊戯に参加することが全く出来なかった。

6歳、小学校(普通学級)に入学。戸惑いが強く落ち着き無く動き回り、さまざまな習癖行動が出現してきた。歩行中に足を硬直させては母にさすってもらって初めて安心するというような母子の間での奇妙な依存関係が繰り返され、チック症状も出現。首をひねっ

たり、顔をしかめる、目を閉じる、足をどんどんたたき、鼻をクンクン鳴らす、何でも手でたたき、唾吐き、奇声『アイヤヤ』を発する声のチックなどへと発展していった。学校には行くが、対人接触に異常なまでのおびえを示していた。

3年生から特殊学級に変更。4年生になった頃から作文能力や会話力が目に見えて伸び始め、自発性も出てきて何でも自分でやりたがるようになってきた。入学以来ひどかったチック症状も次第に軽快していった。

6年生になると、次第に自己意識が芽生えて来たのか、ある学習課題が出されて困難な状況に置かれると、「むずかしくない」と否認を繰り返すようになった。こうした発達上の危機から学校や家庭でひどいパニックをおこし、奇声を発したり、再びチックが増強してきたが、haloperidol 1.5mg/日投与により改善した。情動興奮も治まり、行動全般に落ち着きが戻った。その年の秋の運動会では練習も表面的には拒否もせず登校も規則的に行い、楽しめた様子であったが、その直後から頭頂部に直径25mm大の円形脱毛が生じてきた。年長になるにつれ適応性が高まり自己制御能力が生まれつつあったが、以前のチックの時のような感情発散が抑制されたことかえって内的ストレスが高まってきていることが推測された。学校側や親にこうした背景の理解を促しながら、haloperidol 1mg/日を使用することによって数カ月後には治癒した。

〔症例5〕 円形脱毛を呈したS君、男性、現在18歳（1971年1月生まれ）

発達歴および現病歴：父はアルコール依存、母も病弱。満期正常出産で出生。周産期障害は無い。乳児期、人見知りも見られ周りの人気者で、排泄の自立も早く、生活習慣も早く身につけていた。しかし、1歳半、歌のリズムを口ずさむまでになったが、言葉は出ず、身振り模倣も嫌々やっている感じだった。2

歳、何をすることも泣いてばかりで、よくコマのせりふをつぶやいていた。2歳半から急にひどい偏食になり、多動が目立ってきた。3歳になっても言葉は出ず、理解力も乏しかった。幼稚園に入ってから次第に多動は改善し、少しずつかわりがとれ始め、良い変化を見せ始めていたが、園での受け入れが十分でなく、母の意向もあって幼稚園や保育園を転々と替わり、その度に母子共に不安定になり一進一退を繰り返した。

6歳、小学校（普通学級）に入学したが、間もなく父が脳卒中で倒れ、母は父の看病に追われるようになり、やっと安定したかに見えていた母子関係が再び不安定になり、自傷行為が出現。学校の授業にもほとんどついていけず、目に見えた進歩の無い状態がその後しばらく続いたが、5、6年の時の担任に恵まれ、それから落ち着きが出てきて良い発達の兆しが見え始めた。しかし、中学も普通学級に入学。再びS君だけが取り残されるようになり進歩が見られなくなってきた。3年から特殊学級に替わったが、卒業するまで学校になじめないままだった。15歳8カ月、昼の給食直前の授業中全身の強直性痙攣が出現。脳波でも発作波を認め、抗けいれん剤の投与を開始し、てんかんのコントロールは良好であった。

16歳3カ月、地域の養護学校高等部に入学。全寮制のため母と離れた生活を余儀無くされ、寮の集団生活では他児の干渉がつかいらしく、S君にとっては毎日の生活が苦痛の連続であった。さらにこの頃から家庭内では10歳上の兄が新興宗教に没頭していることを母が知り、それまで兄の存在を唯一頼りにしていた母との間で緊張状態が生じ、S君もそれに巻き込まれて落ち着かず不眠がちな状態が続いた。その頃、頭部全体に米粒大の円形脱毛が広汎に出現してきた。皮膚科で円形脱毛の診断を受け治療を開始した。学校にはS君の心理状態を説明し、あまり集団の中に強制しないよ

うな配慮をお願いしてからは随分安定し、学校にも嫌がらずに行くようになった。

しかし、家庭内での母子の緊張状態は深刻になるばかりで、家に帰るとその中にS君も巻き込まれ不眠がちになり、不安定な状態が今日まで続き学校での適応状態が改善したにもかかわらず円形脱毛は未だ治癒に至っていない。

II 考 察

1 心身症がどのような状況で起こったか
まず心身症がどのような状況で起こったかを検討してみると、消化器系の心身症を呈した症例1, 2, 3では、症例1で学校の進学、症例2, 3で施設入所と、共に新しい環境での適応に非常な困難があったことが考えられた。

しかし、円形脱毛を呈した症例4では小学校高学年になって適応力も伸びてきたと思われていた矢先に、運動会の参加をどうにか無事済ませた直後の発症であり、同じ円形脱毛の症例5でも学校や寮生活での適応に問題は有していたが、それに加えて兄の新興宗教入信によって引き起こされた家庭内の突然の緊張状態が発症の大きな引き金として存在していたことが前者に比して特徴的であった。

すなわち、消化器系の心身症を呈した症例では共通して生活基盤そのものを巡っての適応に大きな困難が存在していたために慢性的な心理的ストレス状況が存在していた。

しかし、円形脱毛を呈した症例では、そうした生活適応面の困難さはもちろん程度の差こそあれ存在していたことは事実であるが、それに加えて発症の直前に明確かつ急激な心理的ストレスになりうる生活上の出来事(life event)が存在していたことが心身症の発症要因として重要な意味を持っている¹²⁾と考えられた。

2 どのような発達段階で心身症が起きているか

全例にわたって母子分離の発達段階で足踏みし、生活年齢からみると依存からの脱皮が要求される時期になっているにもかかわらず、その壁を乗り越えられない状態が持続している。さらに症例1, 2, 3, 5では家庭内でも母が精神的な安定さに欠け、母子共に状況の変化に精神的動揺を繰り返しやすいという特徴が認められる。このため母子相互間での依存を巡る葛藤状況を引き起こしやすく、症例2, 3では過去にもこうした問題が何回となく反復されてきている。すなわち、共生段階から母子分離に至る発達過程での乗り越え難さが心理的ストレスを増大させる大きな心理的要因と考えられる。

3 自閉症児に心身症が起こるのは何故か

全例の発症年齢の幅は12~21歳とすべて思春期に該当していた。では幼児期や学童期に心身症が起こらないのであろうか。今回の対象が限られていることや心身症の存在を見落とす可能性があることなどから、幼児期や学童期の心身症の可能性を否定することは出来ない。しかし、自閉症児が年長になるにつれ、『自閉性』の軽減や残存する精神機能の発達により適応能力は向上し、適応に対する志向性も強まってくるが、自閉症児は基盤にある認知障害や言語障害によって生活上の大きなハンディキャップを持ちながら生活することを余儀無くされているため、彼らの適応様式は教条主義的な様式を取りやすく⁷⁾、非常に幅の狭いものになりがちで、ややもすると過剰適応をもたらしやすい⁶⁾。そのため一度不適応状態に陥ると、彼らの強迫性がさらに自分を追い詰める結果となり、ストレスからの逃避のために無意識的防衛としての神経症的行動をとる³⁾ことが自我の未発達な自閉症児によっては容易でないために、ついに心身症にならざるを得なかったと考えられよう。

また自閉症児の心性の特徴である強迫的こだわりや同一性保持に見られる強迫性は症状に対するこだわりを生みやすく²⁾、こうした自閉症特有の心性も心身症の発症に関連する要因として今後検討する必要がある。なお心身症の体質要因として家系内での素因の存在(症例1, 2)も、心理・社会的要因と同時に考慮しなくてはならないだろう。

4 治療と予防はどうしたらよいか

以上のような自閉症児に心身症が発症する可能性とその背景を考慮に入れながら、彼らは何らかの手段で身体症状を訴えた時は、器質的要因の検索と同時に身体疾患の背景として心理・社会的要因を検討することが急務である。そこで心身症を発見した時は、彼らの心理的ストレスの緩和のために必要に応じて抗不安剤ないし抗精神病薬の投与を試み、さらにストレスの要因を分析して環境の調整を行う必要がある。

なお、最近自閉症児に自律神経機能の異常があることが指摘されつつあるが¹³⁾、こうした生理学的接近による生物学的研究も心身症の治療と予防の面から今後の研究の発展が期待される領域である。

終わりに

心身症を合併した自閉症児5例についてその発症状況ならびに発症に関連したと思われるさまざまな要因について検討した。社会的要因としての心理的ストレスの存在と同時に、自閉症児の思春期における共生段階から母子分離への発達乗り越え難さが、そうした心理的ストレスを増大させる大きな心理的要因

と考えられた。最後に治療と予防についても論じた。

本研究の一部は福岡県自閉症治療研究班(班長:村田豊久)助成金による。

なお、症例2, 4の詳細については文献8, 9を参照されたい。

文 献

- 1) Barabas, G. & Matthews, W. S. (1983): Coincident infantile autism and Tourette syndrome: A case report. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 4; 280-281.
- 2) Gilberg, C. (1985): Autism and anorexia nervosa: related condition? *Nordisk. Psykiatrisk. Tidsskrift.*, 39; 307-312.
- 3) 金子仁郎(1979): 精神科領域における心身症. 石川 中・末松弘行(編): 心身医学—基礎と臨床—. 朝倉書店, 632-639.
- 4) Kano, Y., Ohta, M. et al. (1988): Tourette's Disorder Coupled with Infantile Autism. *Jpn. J. Psychiat. Neurol.*, 42; 49-57.
- 5) Kerbeshian, J. & Burd, L. (1986): Asperger's syndrome and Tourette syndrome: The case of the pinball wizard. *Br. J. Psychiat.*, 148; 731-736.
- 6) 小林隆児(1986): 働く自閉症者の生活様式の特徴. *精神科治療学*, 1; 205-213.
- 7) 小林隆児(1986): 自閉症児はいかに思春期を乗り越えていくか. *福岡大学医学紀要*, 13; 275-286.
- 8) 小林隆児(1988): Tourette 症候群と円形脱毛を呈した小児自閉症の1例. *精神科治療学*, 3; 105-109.
- 9) 小林隆児・田坂健二(1989): 消化性潰瘍を呈した自閉症者の1例. *精神科治療学*, 4; 213-219.
- 10) 栗田 広(1987): 全般的発達障害児にみられるチック症状. *精神科治療学*, 2; 219-223.
- 11) Realmuto, G. M. & Main, B. (1982): Coincidence of Tourette's disorder and infantile autism. *J. Autism Dev. Disord.*, 12; 367-372.
- 12) 高石 昇(1979): 心身疾患I, 皮膚系. 諏訪 望・西園昌久(編): 現代精神医学体系, 7A; 152-153.
- 13) Zahn, T. P., Rumsey, J.M. & Van Kammen, D. P. (1987): Autonomic Nervous System Activity in Autistic, Schizophrenic, and Normal Men: Effects of Stimulus Significance. *J. Abnor. Psychol.*, 96; 135-144.